

Problemas éticos del final de la vida¹

INDICE DEL TEMA

- La enfermedad terminal y los objetivos del tratamiento médico
- El proceso de morir y sus transformaciones recientes
- El movimiento en favor de una muerte digna
- Hospices y medicina paliativa
- Opciones de último recurso en enfermos terminales
- Renuncia voluntaria a hidratación y nutrición
- Sedación
- Suicidio asistido
- Eutanasia

OBJETIVOS DE CONOCIMIENTO

- Comprender cómo ha cambiado la forma de morir y por qué se ha hecho más larga y difícil.
- Conocer la historia del movimiento a favor de una muerte digna.
- Saber cómo surgió la medicina paliativa, qué objetivos persigue y qué resultados consigue.
- Saber cuáles son y en qué orden pueden emplearse las opciones de último recurso.
- Describir la renuncia a la hidratación y la sedación; exponer los problemas éticos que plantean y evaluarlas desde un punto de vista ético y legal.
- Estudiar la posible racionalidad del suicidio en los enfermos terminales, describir sus motivos y analizar los argumentos en contra. Conocer además los requisitos que deben exigirse.
- Conocer la historia de la eutanasia y exponer los argumentos éticos a favor y en contra. Y
conocer su situación legal y
deontológica.

¹ Este material ha sido actualizado por el Ministerio de Salud Pública en función de la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos en Ecuador, el texto modificado de la versión original se señala en cursivas.



***Curso introductorio de bioética para profesionales de salud -
2014***

© Miguel Ángel Sánchez González
2



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

LA ENFERMEDAD TERMINAL Y LOS OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO MÉDICO

Se denomina enfermedad en fase terminal al padecimiento progresivo e irreversible, que no puede ser curado con los tratamientos existentes, y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses.

Dejando un margen de imprecisión, se dice que una enfermedad incurable ha llegado a su fase terminal cuando su pronóstico vital se puede expresar en meses. Y que ha llegado la fase preagónica cuando se habla de las semanas que quedan de vida.

Finalmente, cuando el pronóstico es de unos pocos días se considera llegada la fase agónica.

Objetivo de los tratamientos médicos

Según la finalidad que persigan, los tratamientos médicos pueden ser:

- Curativos: pretenden prolongar la supervivencia y actúan contra la enfermedad.
- Paliativos: pretenden mejorar la calidad de vida, y se dirigen contra los síntomas.
- De la fase agónica: sólo intentan mejorar la calidad de la muerte, y pueden asumir riesgos importantes o tener consecuencias vitales.

En los cuidados paliativos también se utiliza el concepto de síntoma refractario: que es aquel que no puede ser controlado adecuadamente sin disminuir la consciencia del enfermo.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

EL PROCESO DE MORIR Y SUS TRANSFORMACIONES RECIENTES

La forma de morir ha cambiado radicalmente en las últimas décadas. La medicina actual ha conseguido modificar las causas, las circunstancias y el momento de la muerte.

Antes se moría más joven, generalmente de enfermedades infecciosas agudas. Ahora se muere más viejo, de enfermedades crónicas y degenerativas. Recordemos que en 1900 las tres primeras causas de muerte eran: neumonía-gripe, tuberculosis, y diarrea-enteritis. En la actualidad las tres principales causas son: enfermedades cardíacas, cáncer y accidentes cerebrovasculares. Y así, las enfermedades crónicas son causa de cerca del 90% de las muertes.

Además, ahora el proceso del morir es mucho más largo y difícil. Hasta hace poco, cuando los enfermos comenzaban a disminuir su nivel de conciencia como resultado de un proceso febril agudo, dejaban de beber. Y la falta de ingesta líquida unida generalmente a vómitos, diarreas y sudoración, provocaba rápidamente la muerte del enfermo por deshidratación. De modo que la deshidratación ha sido, seguramente, la causa inmediata de muerte más frecuente durante toda la historia del género humano. Y es sabido que la muerte por deshidratación es la menos angustiosa para los enfermos.

Sin embargo en el siglo XX se generalizó la práctica de mantener a todos los enfermos con suero hidrosalino intravenoso, que es tal vez el tratamiento que más ha prolongado la vida de los enfermos. También se han puesto a punto en las últimas décadas una multitud de tratamientos capaces de prolongar la vida, así como las técnicas de soporte vital (respiradores, dializadores, marcapasos, desfibriladores...). De manera que la muerte suele ocurrir después de un periodo largo durante el que se han producido múltiples intervenciones médicas.

Por otra parte, hoy en día más del 80 % de las personas mueren en los hospitales. Y los hospitales son entornos extraños para el moribundo, que no facilitan la compañía asidua de personas conocidas. Propician, por el contrario, la llamada *medicalización* de la muerte, es decir: una circunstancia en que la muerte se convierte en cuestión profesional exclusiva de los médicos, que son quienes



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

protagonizan el proceso, interpretándolo y dictando normas técnicas sobre cómo debe ocurrir. Una situación en que la muerte es el enemigo absoluto contra el que los médicos deben luchar a toda costa, pudiendo llegar a veces al “encarnizamiento u obstinación terapéutica”.

Los enfermos hospitalizados suelen morir rodeados de tubos y aparatos, sin la compañía de personas conocidas, y lo que es peor: sin solemnidad ni ceremonias capaces de dar dignidad y sentido.

EL MOVIMIENTO EN FAVOR DE UNA MUERTE DIGNA

El llamado “derecho a una muerte digna” fue defendido inicialmente por las asociaciones pro-eutanasia que surgieron a comienzos del siglo XX.

La Voluntary Euthanasia Society de Inglaterra, creada en 1935, fue la primera asociación que defendió el derecho a morir con dignidad. Y en 1938 la Euthanasia Society of America solicitó incluirlo en las declaraciones de derechos humanos.

Pero los terribles abusos que se cometieron durante la Segunda Guerra Mundial, amparados por las leyes nazis sobre eutanasia, detuvieron estas iniciativas en todo el mundo. Y tuvieron que transcurrir veinte años antes de que pudiera volver a hablarse de estos temas.

En los años sesenta resurgió el interés por el problema. Todos los que participaron en el movimiento a favor de una muerte digna estaban unidos por un interés común en investigar el proceso de la muerte y el duelo, divulgar estos problemas, y otorgar al moribundo un control sobre su propio proceso. Pero la idea de “muerte digna” seguía siendo un concepto bastante ambiguo, muy dependiente de las creencias y actitudes del que lo formulaba. Por eso, las organizaciones proponían fórmulas bastante diferentes: desde los simples cambios en las formas de asistir al moribundo, hasta la eutanasia activa.

Al poco tiempo, el estandarte de la “muerte digna” fue asumido preferentemente por los partidarios de la eutanasia activa, que se



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

distinguieron así de los que sólo pedían una reforma de los cuidados paliativos.

A partir de los años 70 proliferaron en todo el mundo las asociaciones pro-eutanasia que proclamaban el derecho a una muerte digna. Y se agruparon en una federación mundial, la World Federation of Right to Die Societies. En España se legalizó en 1984 la Asociación pro derecho a morir dignamente.

Los fines de estas asociaciones son: la influencia sobre la opinión pública y la reforma de las leyes penalizadoras. En esta línea, han contribuido al reconocimiento de los testamentos vitales o directivas anticipadas y han promovido reformas legislativas

HOSPICES Y MEDICINA PALIATIVA

El origen de los cuidados paliativos actuales está en los movimientos de los años sesenta a favor de una muerte digna. Por aquellos años se extendió la idea de que los hospitales y residencias tradicionales estaban mal preparados para asistir a los moribundos. Y surgieron propuestas nuevas para cambiar los objetivos y la forma de tratar a los enfermos terminales. Tuvieron gran importancia las aportaciones de dos mujeres que propusieron nuevas formas de tratar a estos pacientes: Elisabeth. Kübler Ross y Cicely Saunders.

Elisabeth Kübler Ross hizo ver la situación en que se encontraban los enfermos terminales en los grandes hospitales. Los moribundos padecían una situación de aislamiento y negación que impedía que sus últimos días tuvieran sentido humano. Kübler Ross investigó las formas de afrontar la muerte e insistió en la necesidad de comunicación e intercambio entre los moribundos y sus allegados.

Cicely Saunders propuso un cambio en los objetivos y en la forma de tratar a los pacientes terminales. Abogó por la creación de instituciones nuevas llamadas hospices, para atender en forma integral a los enfermos que no pudieran tener como meta la curación. Ella misma fundó en 1967 el primer hospice, el Saint Christopher's Hospice, iniciando con ello un movimiento que pronto se extendió internacionalmente.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Los principios originales del movimiento hospice fueron los siguientes:

1. Asistencia integral con objetivos no curativos. Abarcando todos los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales.
2. Participación del paciente en el tratamiento- Informar y educar al paciente para que él mismo decida sus alternativas de tratamiento y cómo quiere pasar sus últimos días.
3. Atención unitaria del paciente junto con su familia. Incluyendo el duelo familiar posterior al fallecimiento.
4. Funcionamiento como equipo interdisciplinario. formado por diferentes profesionales sin distinciones jerárquicas, y disponibles las 24 horas del día.
5. Control del dolor y alivio de los síntomas. Usando toda clase de recursos físicos y humanos para aumentar el bienestar y la dignidad del enfermo.
6. Atención accesible económicamente para cualquier enfermo. Para ello intentaba captar ayuda económica filantrópica y un personal voluntario.

En la actualidad, el movimiento hospice se ha fragmentado bastante y ha dado lugar a multitud de fórmulas asistenciales heterogéneas. Pero ha contribuido enormemente a sensibilizar a la opinión pública y a mejorar el ambiente que rodea al moribundo.

Medicina paliativa

En los últimos años ha aumentado bastante la preocupación por aliviar el dolor y el sufrimiento de los enfermos. Recordemos que hasta hace poco tiempo los médicos estaban mucho más interesados en diagnosticar y curar que en aliviar el dolor. En los grandes hospitales se podían realizar diagnósticos sofisticados y tratamientos heroicos. Pero los médicos no sabían aliviar eficazmente el dolor. Sin embargo, en los últimos años se han desarrollado mucho las técnicas de alivio del dolor físico. Han aparecido



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

especialistas nuevos, con una nueva sensibilidad frente al problema. Y en algunos hospitales se habilitaron unidades especializadas en el tratamiento del dolor.

Finalmente surgió la “medicina paliativa”, como especialidad nueva, definida por la OMS como: “el cuidado activo y total de los pacientes cuya enfermedad no es susceptible de tratamiento curativo. Siendo fundamental el control del dolor, de los demás síntomas y de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo del cuidado paliativo es el logro de la mejor calidad de vida para los pacientes y las familias.”



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Efectividad de los cuidados paliativos

El éxito de los cuidados paliativos se mide por la mejoría que logran en la calidad de vida de los enfermos en fase terminal. Y es indudable que pueden mejorarla enormemente.

Los paliativistas aseguran que sus mejores tratamientos pueden hacer tolerables el 95 o 98 % de los dolores físicos. Aunque reconocen que hay síntomas difíciles de aliviar, como son: el delirium, la disnea, el sangrado masivo, las heridas abiertas, las convulsiones, las náuseas, los vómitos, la debilidad extrema, el pánico, la disforia...

Por otra parte, el sufrimiento de los enfermos terminales es una mezcla de dolor y síntomas físicos junto con problemas psicosociales, existenciales y espirituales. De modo que las peticiones de ayuda a la muerte rara vez tienen que ver sólo con el dolor físico, sino con una combinación de síntomas, debilidad, cansancio, angustia y falta de sentido.

Y resulta muy significativo el hecho de que el recurso a la llamada “sedación terminal” se está haciendo cada vez más frecuente.

En cualquier caso, los cuidados paliativos constituyen el tratamiento ideal que debe suministrarse a todos los pacientes terminales cuyos síntomas alcanzan un cierto nivel de severidad. Sólo después de haber agotado los cuidados paliativos normales se puede pensar en utilizar, como último recurso, otras opciones.

OPCIONES DE ÚLTIMO RECURSO EN ENFERMOS TERMINALES

Si después de haber utilizado todas las medidas paliativas, persiste en los enfermos en fase terminal un sufrimiento que les resulta intolerable, quedan abiertas las siguientes posibilidades:

1. Manejo proporcionado a la intensidad del dolor y de los síntomas, cuando encierra un riesgo vital o puede adelantar la muerte.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Como por ejemplo, aumentar proporcionadamente las dosis de opiáceos.

2. Denegación o retirada de tratamientos de soporte vital.
3. Renuncia voluntaria a hidratación y nutrición.
4. Sedación hasta la inconsciencia, con carácter irreversible.
5. Suicidio médicamente asistido.
6. Eutanasia.

En principio, los reparos éticos y las implicaciones legales de cada actuación, aumentan también en el orden expuesto.

El primer nivel es aceptado desde hace mucho tiempo, y justificado por la llamada doctrina del doble efecto.

El segundo nivel ha acabado siendo aceptado mayoritariamente en las últimas décadas. En el capítulo sobre enfermos críticos hemos hablado ya de cómo se puede limitar el esfuerzo terapéutico (LET). Dijimos allí que hasta hace unos pocos años existía en la medicina un imperativo tecnológico que obligaba a hacer siempre todo lo técnicamente posible. En aquel entonces, cuando moría un enfermo tras retirar o renunciar a un tratamiento se hablaba de *eutanasia pasiva*, y generalmente se consideraba inaceptable. Sin embargo, en la medicina actual ya no se acepta el imperativo tecnológico como norma que deba estar vigente en todos los casos. De hecho, hoy en día una gran proporción de pacientes mueren tras la retirada de algún tratamiento de soporte vital sin que ello suscite objeciones éticas ni legales. Conviene pues eliminar del vocabulario la expresión “eutanasia pasiva”, por las connotaciones negativas que suele tener la palabra “eutanasia”, y porque la limitación del esfuerzo terapéutico tiene una justificación muy diferente.

Más allá de este segundo nivel, cuando la limitación del esfuerzo terapéutico no bastaba para eliminar el sufrimiento insoportable, y el proceso de morir se prolongaba más allá de los deseos del enfermo, sólo se podía pensar en provocar directamente la muerte.

Pero en los años noventa del pasado siglo aparecieron los procedimientos de sedación y deshidratación voluntaria, que ofrecen nuevas posibilidades de respuesta a situaciones que antes sólo podía abordar la eutanasia o el suicidio asistido.



RENUNCIA VOLUNTARIA A HIDRATACIÓN Y NUTRICIÓN

Habitualmente se creía que las muertes por deshidratación y desnutrición son terribles, porque se las suponía acompañadas de sed, hambre y síntomas insoportables. Hoy se sabe que no es así, al menos para los enfermos en fase terminal. Más bien al contrario, la muerte en situación de deshidratación, al final de una enfermedad en fase terminal, puede ocurrir sin dolor y sin sensación de sed inaguantable. La misma deshidratación puede, incluso, disminuir la sobrecarga circulatoria, los vómitos, los edemas y la dificultad respiratoria. Y la sensación de hambre desaparece a los tres o cuatro días de anular la ingesta. La muerte así, consiste en una disminución progresiva del nivel de conciencia, que los cuidados médicos y de enfermería pueden aliviar mucho. Basta con humedecer las superficies mucosas con enjuagues, paños húmedos o lágrimas artificiales. Y en caso

de que sobrevenga agitación, delirio o convulsiones, se pueden corregir con la medicación adecuada.

En los años noventa del siglo pasado aparecieron los primeros artículos que describían el proceso de renuncia voluntaria a la hidratación y nutrición, considerándolo éticamente aceptable en ciertas situaciones. Y en 1997 el Tribunal Supremo de los Estados Unidos pronunció la primera sentencia exculpatoria de un caso de renuncia a la hidratación.

Su realización conlleva los siguientes pasos:

1. Informar al paciente de la posibilidad de recurrir a ello, y de que no sufrirá molestias graves. Por supuesto, sin incitarle ni coaccionarle de ningún modo.
2. Asegurarse de que el consentimiento informado cumple todos los requisitos, y de que incluye la renuncia a los sueros de hidratación por vía venosa y a la alimentación artificial.
3. Mantener los cuidados al enfermo y acompañarle, respetando su decisión.
4. Tratar médicamente los síntomas indeseables, cuando aparezcan.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Evaluación ética y legal de la renuncia a la hidratación y nutrición.

Este procedimiento ofrece una alternativa a quienes rechazan el suicidio asistido y la eutanasia. Y como forma de acortar la agonía, parece más aceptable en ciertas situaciones y para síntomas inmovibles de fatiga extrema, sensación de indignidad o de absurdo.

Tiene además la ventaja de que puede ser controlado en todo momento por el enfermo, quien puede interrumpirlo o prolongarlo a voluntad.

Constituye una iniciativa del paciente, que exonera la conciencia del profesional. Si bien es cierto, que éste puede tener reparos morales para informar y asesorar al paciente sobre el procedimiento, y para acompañarlo en su agonía sin intentar prolongar su vida. Por eso, ningún médico debe ser obligado a participar en contra de su conciencia.

Desde un punto de vista legal, la implicación en estas prácticas no puede ser objeto de condena. Porque ya está suficientemente reconocido el derecho de los pacientes a negarse a recibir tratamientos, incluyendo la rehidratación intravenosa y la alimentación artificial. Por lo tanto, para su realización no es necesario que se modifiquen las leyes.

Ahora bien, dependiendo del contexto clínico, esta actuación se podrá evaluar como suicidio o como simple rechazo de tratamientos. Así, por ejemplo, un paciente con anorexia nerviosa, depresión o enfermedad poco sintomática que renuncie a comer y a beber, debe ser considerado un suicida y tratado como tal. Pero en un paciente con sufrimiento severo e incontrolable, causado por enfermedad terminal avanzada, que renuncia a comer y beber, puede pensarse que está ejerciendo su derecho a rechazar tratamientos.

Asímismo, dependiendo del momento de instauración, la renuncia a comer y a beber parece éticamente más aceptable cuanto más próxima se encuentre la muerte.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

SEDACIÓN

Fue también en los años noventa cuando empezaron a publicarse estudios que describían y recomendaban un proceso de anulación de la consciencia que comenzó llamándose *sedación terminal*.

Desde entonces, la práctica de la sedación en los enfermos en fase terminal se ha extendido con sorprendente rapidez en todo el mundo.

Aunque todavía existen en la actualidad bastantes diferencias en la forma de entender la sedación de los enfermos terminales. Y no hay acuerdos generalizados sobre cómo hacerla, cuándo, a quién o por qué motivos.

La sedación puede ser intermitente (permite períodos de alerta) o continua (disminución del nivel de consciencia de forma permanente); superficial (permite la comunicación del paciente, verbal o no verbal) o profunda (mantiene al paciente en estado de inconsciencia. En los diferentes estudios existe una gran variabilidad en la frecuencia de los síntomas refractarios para cuyo alivio se utiliza la sedación.

En el marco de los cuidados paliativos, el objetivo de la sedación es el alivio del sufrimiento del enfermo mediante una reducción proporcionada del nivel de consciencia. Se entiende por sedación paliativa la administración deliberada de fármacos, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir la consciencia de un paciente con enfermedad avanzada o en fase terminal, tanto como sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas refractarios y con su consentimiento explícito. La sedación en la agonía es un caso particular de la sedación paliativa, y se define como la administración deliberada de fármacos para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico o psicológico, mediante la disminución suficientemente profunda y previsiblemente irreversible de la consciencia en un paciente cuya muerte se prevé muy próxima.

La frecuencia declarada del recurso a la sedación es muy variable según los trabajos, y oscila entre un 0 y un 50% de todas



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

las muertes ocurridas en unidades de cuidados paliativos. Estas divergencias se deben sobre todo a las diferencias en lo que se entiende por *sedación*, *pero revelan* también una gran discrepancia en los *criterios que se utilizan*.

La indicación más clara de la sedación paliativa es su empleo como último recurso para tratar el sufrimiento severo y refractario en pacientes que van a morir de forma inminente como resultado de su enfermedad. Y cuanto más se aleje de estas circunstancias extremas, más objeciones encontrará desde un punto de vista ético.

Es preferible realizarla como resultado de una planificación anticipada, o unas instrucciones previas, en las que ha participado el enfermo otorgando explícitamente su consentimiento informado. Pero muchos aceptan también el llamado consentimiento implícito y el consentimiento delegado, para los pacientes mal informados o no totalmente capaces. En cualquier caso, los familiares deben conocer el proceso.

Es muy conveniente que existan guías y protocolos institucionales que orienten esta práctica. *Así como mecanismos de revisión y control posterior. En Ecuador se recomienda usar la Guía de Práctica Clínica de Cuidados Paliativos, que en el capítulo 10 aborda el tema sedación paliativa.*

Y naturalmente, siempre deberá reconocerse la objeción de conciencia del profesional, a ser posible notificada con antelación a los pacientes.

Evaluación ética y legal de la sedación

La sedación paliativa ha sido justificada frecuentemente alegando un principio de doble efecto cuando la intención es aliviar un sufrimiento insoportable.

El **principio del doble efecto**, también llamado principio del voluntario indirecto o de aceptación del efecto indirecto, fue ya defendido por Santo Tomás (*Suma teológica* II-II, q. 64, a. 7), y elaborado por los teólogos salmantinos del siglo XVI. Según esta doctrina, una acción que tiene dos efectos, uno bueno y otro malo, es permisible si:

1. La acción no es mala en sí misma.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

2. La intención del agente es producir el efecto bueno.
3. El efecto bueno no es consecuencia del malo (así no se realiza un mal como medio para obtener un bien).
4. El efecto bueno guarda proporción con el malo, hasta el punto de poder compensarlo.

No obstante, en el momento actual, las opiniones oscilan entre los que ven la sedación hasta la inconsciencia como una práctica totalmente diferente del suicidio asistido y la eutanasia, y los que consideran que las diferencias no son sustanciales. Para los primeros la diferencia moralmente relevante se encuentra en la intención y en el resultado. Puesto que en la sedación sólo se busca y se causa la anulación de la conciencia. Mientras que en la eutanasia se busca y se produce directamente la muerte del enfermo. Para otros, sin embargo, la diferencia entre ambas prácticas es meramente lingüística y sólo evita las connotaciones negativas que tienen las palabras “suicidio” y “eutanasia”; puesto que lo relevante es la anulación definitiva de la conciencia, y esto ocurre igualmente en la sedación, aunque la muerte física sobrevenga un poco más tarde. Por este motivo, algunos críticos llamaron “eutanasia lenta” a esta forma de sedación.

Las críticas a la sedación se centran en el temor a que el acceso se haga demasiado fácil y que se utilice para tratar problemas psicológicos, existenciales o espirituales, cuando todavía quedan opciones menos drásticas o cuando la muerte no es inminente.

También puede suscitar objeciones la ausencia de consentimiento explícito, o la retirada simultánea de la hidratación y nutrición, la cual en algunos casos puede hacer que la muerte biológica sobrevenga por deshidratación, antes que por la propia enfermedad.

Pero aunque suscite reparos éticos en algunos, puede decirse que la sedación no es contraria a la ley, siempre que respete ciertos requisitos de procedimiento tales como: tener certeza de que la enfermedad está en fase terminal, asegurar que los síntomas son refractarios, respetar el consentimiento, consultar las instrucciones previas, elegir bien el momento y lugar de instauración, manejar adecuadamente los fármacos, documentar el caso, etc.

De hecho, el tribunal supremo de los EE.UU., condonó en 1997 la práctica de lo que llamó terminal sedation, argumentando que:



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

“Un paciente que sufre una enfermedad terminal y que está experimentando gran dolor, no tiene barreras legales para obtener medicación de un médico cualificado, incluso hasta el punto de causarle inconsciencia y acelerar la muerte.”

SUICIDIO ASISTIDO

Antes de analizar los problemas del suicidio asistido y la eutanasia, conviene plantear un interrogante previo: ¿la voluntad de acabar con la propia vida es siempre resultado de una patología mental, depresiva o psicótica? O, por el contrario ¿existe de hecho un suicidio motivado por consideraciones racionales en sujetos sin patología psíquica y plenamente capaces para decidir?

Estas preguntas no son materias especulativas sino cuestiones de hecho. Es decir, hay que contestarlas observando la realidad de los estados psíquicos. La psiquiatría llegó a afirmar que toda voluntad suicida es un síntoma patológico que hay que corregir y nunca el resultado de una deliberación racional. Sin embargo, en los últimos años, se han acumulado pruebas de que existen pacientes que tienen voluntad de muerte sin que puedan ser diagnosticados de una enfermedad mental primaria y sin que respondan a los tratamientos antidepresivos.

En efecto, autoridades en la materia aseguran que prácticamente la mitad de los pacientes terminales con deseo persistente de muerte no tienen ningún otro síntoma inequívoco de depresión. Y en los enfermos en fase terminal que sí los tienen (fatiga desproporcionada, tristeza, apatía, insomnio crónico...), estos síntomas pueden ser más bien síntomas de su enfermedad en fase terminal. (Quill, *Ann Intern Med* 2003; 208-11)

Racionalidad del suicidio en la enfermedad terminal

En las circunstancias normales de la vida, cuando todo es posible aún y el futuro está plenamente abierto, plantear la racionalidad del suicidio contradice el postulado básico del valor supremo de la vida humana y cierra absolutamente todas las posibilidades de cambio y evolución que existen para la persona.

Pero en la enfermedad terminal las circunstancias cambian radicalmente. Hasta el punto de que en este contexto extremo tiene

© Miguel Ángel Sánchez González

16



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

sentido racional la pregunta: ¿pueden encontrarse argumentos que justifiquen el suicidio, o al menos que lo hagan comprensible?

Lógicamente, cuando se introducen consideraciones trascendentes a la vida en este mundo, no hay argumentos racionales que puedan impugnarlos. Así, por ejemplo, si se admite una voluntad divina, un destino providencial o un valor trascendente al sufrimiento, cesan inmediatamente los argumentos racionales a favor del suicidio. Y de hecho, las personas que tienen creencias religiosas realizan menos solicitudes de ayuda al suicidio. Si bien es cierto, que ha habido teólogos cristianos, como Hans Küng que han adoptado una vía media, que admite la autogestión de la propia muerte en circunstancias extremas.

En principio, el suicidio sólo se puede argumentar desde una racionalidad y una ética intramundana. Una perspectiva racional de este tipo puede formular el problema

del siguiente modo: “Estando en una situación terminal extrema ¿es preferible la muerte a la vida, teniendo información completa sobre el futuro predecible, tomando en cuenta todas las experiencias que se avecinan, junto a las reacciones y deseos posibles, y dando importancia también a las consecuencias que la muerte tendrá sobre los demás?” Si la respuesta es positiva, la decisión de un paciente en fase terminal de acabar con su vida podría ser racional. Lo que habría que descartar son sus errores de apreciación de los estados futuros. El médico y las otras personas deberían ayudar a disipar esos errores sin engañar al paciente

Y en el caso de que pueda existir el suicidio racional en la enfermedad en fase terminal, se hace necesario, responder a las siguientes preguntas:

- ¿Qué razones hay para impedirlo?
- ¿Conlleva el derecho a ser ayudado en ello?

Argumentos en contra del suicidio

Los argumentos que pueden darse contra el suicidio son de muy distintos tipos.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

A. *Teológicos y sobrenaturales.*

- Existe el mandamiento divino de no matar.
- Todos tenemos una misión en la vida que nos ha sido dada por Dios o por lo divino.
- Quitarse la vida acarrea consecuencias negativas para la vida en el más allá, o para otras reencarnaciones posibles en este mundo.

B. *Naturalistas.*

- El amor a la propia vida es natural, y por lo tanto bueno.
- Quitarse la vida contradice y anula la misma voluntad que quiere imponerse. (Kant lo expresó diciendo que la máxima que guía la conducta del suicida es contradictoria.)

C. *Altruistas y sociológicos.*

- El suicida perjudica a la ciudad. (Aristóteles)
- Todo ser humano es parte de una comunidad y pertenece a ella. (Santo Tomás)
- El suicidio es contrario al interés público

Motivos del suicidio

Otro aspecto del problema consiste en averiguar por qué se suicidan algunos seres humanos.

En la Antigüedad Clásica el suicidio pudo estar motivado por razones de dignidad (suicidio de Séneca) o de fracaso político (Bruto y Casio). Y en culturas orientales, como medio de reparación o coherencia con un rol social (harakiri de los samurais).

El cristianismo pasó a considerarlo, como un pecado, y a explicarlo como una perversión moral.

Émile Durkheim encontró factores sociales como la “anomia” (falta de normas sociales) y el fracaso de algunos individuos para integrarse y lograr las metas de la sociedad.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Sigmund Freud estudió la dimensión psicoanalítica del problema y habló de un instinto de muerte.

La psiquiatría ha considerado el suicidio como síntoma de enfermedad mental:

depresión, esquizofrenia, anorexia, trastorno de la personalidad...

Pero una pregunta que faltaba por contestar es: ¿por qué, en circunstancias idénticas, unas personas se suicidan y otras no?

Recientemente Thomas Joiner ha propuesto una interpretación interesante. Este autor encuentra que el suicida precisa reunir dos condiciones:

1. Un serio deseo de morir: por el sentimiento de ser una carga intolerable para otros, y por aislamiento afectivo.
2. La capacidad para llevar a cabo el suicidio, desarrollada generalmente tras varios intentos previos. Y facilitada por el acostumbamiento a experiencias fúnebres, dolorosas o desagradables. Es la situación que explica por qué en algunas profesiones o tipos de enfermedad se comenten más suicidios: (policías, soldados, médicos, anoréxicos nerviosos, enfermos crónicos...

Suicidio médicamente asistido

Es la información al respecto suministrada por un médico, que incluye una receta de medicamentos capaces de provocar la muerte. Posteriormente, es el propio enfermo quien se autoadministra los fármacos.

Ha sido objeto de largos debates la conveniencia de despenalizar la asistencia al suicidio. Y siempre que se ha propuesto se ha considerado necesario exigir requisitos como los siguientes:

1. Petición libre, a iniciativa propia, clara, repetida y mantenida durante un tiempo prudencial (suele exigirse que transcurran al menos quince días).
2. Información completa y plena capacidad para decidir.
3. Sufrimiento severo, persistente, intolerable, producido por un padecimiento incurable y letal a corto plazo.
4. Ofrecimiento previo de todos los cuidados paliativos disponibles.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

5. Formular la petición a un médico, con el que exista una relación clínica adecuada y significativa.
6. Consulta de otras opiniones médicas expertas y petición de un informe psiquiátrico en caso de duda sobre la existencia de enfermedad mental.
7. Documentación exhaustiva del caso y declaración judicial.
8. En todo momento, incluido el de la muerte, el médico y los allegados deberían poder acompañar al paciente sin incurrir en delito.

EUTANASIA

Historia de la eutanasia

La forma en que hoy se entiende y practica la eutanasia, se comprende mejor cuando se la compara con sus formas históricas más antiguas.

En el momento actual la eutanasia no puede concebirse sin hacerla depender de la decisión autónoma de la persona. Pero no siempre ha sucedido así. Como ha señalado Diego Gracia, a lo largo de la historia pueden distinguirse tres etapas culturales distintas: una primera etapa de eutanasia ritualizada seguida de una segunda de eutanasia medicalizada, hasta llegar a la etapa actual de eutanasia autonomizada.

1º. Eutanasia ritualizada

La provocación activa de la muerte ha formado parte de ritos de paso mortuorios, practicados en muchas culturas.

La muerte de ciertos enfermos podía ser acelerada por diversos medios (drogas, venenos, humos, aislamiento y abandono...). En América del Sur, por ejemplo, existió una práctica que se llamaba “despenar” al enfermo incurable fracturándole el cuello por hiperextensión forzada. También ha estado muy generalizada la práctica de “rematar” a los heridos de guerra incurables.

Lo característico de esta etapa es que eran las ideas y las costumbres tradicionales las que indicaban cuándo debía morir una persona por su propio beneficio o el de la colectividad.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

2º Eutanasia medicalizada

Desde el inicio de la medicina occidental, los médicos han intentado diagnosticar a los enfermos incurables, para desahuciarlos, dejarlos sin tratar o incluso, a veces, adelantar su muerte

Se puede distinguir una línea “hipocrática” enfocada en los enfermos incurables; y una línea “platónica”, dirigida hacia los inservibles para la sociedad. Esta última línea es la que culminó en la Alemania nazi, dando lugar a exterminios abominables.

En esta etapa, las razones aducidas eran médicas, filosóficas, sociales, económicas, políticas o eugenésicas; pero aplicadas, por lo general, sin el consentimiento de quienes las sufrían.

3º Eutanasia autonomizada

En las últimas décadas han sido los propios afectados los que han comenzado a reivindicar la eutanasia voluntaria en situaciones extremas.

Ahora, las razones tienen que ver con la autonomía del propio sujeto para decidir cuándo considera su vida peor que la muerte. El problema actual es decidir si el estado puede permitir la eutanasia, y si alguien puede asistir a quien la solicite.

Definiciones y conceptos

Etimológicamente “eu - thánatos” significa buena muerte.

La eutanasia puede definirse como la muerte producida intencionalmente, del modo menos doloroso posible, motivada exclusivamente por la estimación de que así se logra el mejor interés de la persona que muere.

Hay dos formas de eutanasia propiamente dicha:

- **Eutanasia voluntaria.** Es la solicitada en el mismo momento por el propio paciente.
- **Eutanasia no voluntaria.** Es la solicitada por terceras personas en beneficio de pacientes que son incapaces en ese momento.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

No conviene denominar eutanasia a las muertes ocurridas pasiva o indirectamente, las cuales, con frecuencia, pueden considerarse como buena práctica médica.

Las muertes pasivas (mal llamadas “eutanasia pasiva”) consistirían en omitir o interrumpir un tratamiento médico con resultado de muerte.

Las muertes indirectas (o por doble efecto) serían las muertes ocurridas como efecto secundario de analgesia o sedación, sin haber sido buscadas como objetivo.

En general, se ha solido decir que la muerte provocada es más cuestionable cuanto más involuntaria, activa y directa.

En alguna ocasión ha sido denominada distanasia (de “dis-thánatos” = muerte alterada o dificultada) la muerte retrasada y dificultada inútilmente por todos los medios técnicos, hasta llegar al encarnizamiento u obstinación terapéuticas. Por contraposición a lo anterior, ha sido llamada ortotanasia (de “orthos thánatos” = muerte correcta, justa) a la muerte supuestamente natural en el momento justo, sin tratamientos desproporcionados.

Argumentos en contra de permitir la eutanasia

En un tema tan polémico, no existe un único argumento capaz de solventar todas las discusiones. Son muchas las consideraciones que se deben tener en cuenta. Y distinto el peso que puede llegar a tener cada una de ellas. En los debates han sido utilizados un conjunto de argumentos. Comencemos por los argumentos contrarios.

1. Prohibición general de quitar la vida. Establece barreras muy necesarias que no deben ser traspasadas.
2. La ética médica es contraria a ella. Existe una larga tradición de condena en el seno de la profesión médica.
3. Dañaría la confianza en el médico y la relación médico-paciente. Esa confianza podría perderse si el paciente temiera por su vida.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

4. Hay otras medidas paliativas que pueden reducir mucho el número de peticiones.

Y que reducen al mínimo los problemas que necesitan ser abordados por la eutanasia.

5. Iniciaría una pendiente resbaladiza. Se denomina así a la posibilidad de que la tolerancia de ciertas prácticas que están en el límite de lo aceptable, conduzca a otras que son claramente inaceptables. Este argumento puede asumir distintas formas:

- a) Las razones admitidas para ciertos casos podrían utilizarse para legitimar otros no permisibles.
- b) Las vías que se abren en la práctica pueden servir también para realizar actos más inaceptables.
- c) La habituación puede modificar actitudes o valores básicos y extender la práctica incontrolablemente.

La validez real de este argumento es una incógnita empírica actualmente no resuelta, porque carecemos de experiencia histórica suficiente. Pero nos obliga a mantener los siguientes interrogantes:

- ¿Es posible redactar una legislación tan ajustada que permita los actos más aceptables, y excluya la posibilidad de abuso o extensión indebida?
- ¿Puede hacerse un ensayo de despenalización, conservando la seguridad de que, si surgen abusos, será posible volver a la situación legislativa previa?

Argumentos a favor de permitir la eutanasia

1. Las tradiciones médicas son obsoletas. Fueron establecidas en épocas antiguas, en las que no había tanto poder para alargar y dificultar la agonía.
2. Las situaciones que la motivan son frecuentemente resultado de intervenciones médicas previas. Habría pues que reconocer la responsabilidad de solucionar lo que se ha provocado.
3. Las distinciones entre acción y omisión son inexistentes, irrelevantes o insostenibles. No establecen diferencias éticas profundas. Las circunstancias que bastan para exculpar una



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

actuación pasiva deberían bastar también en el caso de que sea activa.

4. Compasión por el sufrimiento. Existiría un imperativo de aliviar el sufrimiento, que ya aplicamos normalmente a los animales. Sin embargo a este argumento se le puede objetar que en la vida del ser humano, además del sufrimiento, hay dimensiones que no existen en los animales. Y llevado a sus últimas consecuencias conduciría a tomar decisiones por los que son incapaces e incluso por los capaces aunque rechazaran la eutanasia.
5. Autonomía, en sentido fuerte. Llevada hasta sus últimas consecuencias, la autonomía implica un control total sobre la propia vida. Permite incluso solicitar y obtener ayuda ajena.

Este argumento, no obstante, ha sido objetado por quienes encuentran una contradicción en invocar la autonomía para defender una acción que acabará con esa misma autonomía. Y aunque fuera lícito matarse, ello no implicaría necesariamente que es lícito ayudar a que otro lo haga.

Legislación sobre eutanasia y suicidio asistido

La mayoría de los países penalizan las actuaciones positivas que tienen la intención de provocar directamente la muerte de un enfermo. Y también establecen penas para la inducción y la ayuda al suicidio.

Holanda fue el primer país en el que se toleró abiertamente la eutanasia de los enfermos. Ya en 1984 su Tribunal Supremo admitió la posibilidad de no sancionar algunos actos de eutanasia. Y, aunque inicialmente no se cambió la ley, en el sistema judicial holandés se generalizó el acuerdo de no procesar a los médicos que practicasen la eutanasia ateniéndose a ciertos requisitos. Finalmente, en 2002 entró en vigor una ley que eximía de responsabilidad penal a los médicos que practicasen la eutanasia en enfermos en fase terminal que lo decidiesen libremente y padeciesen un sufrimiento insoportable sin expectativas de mejora. Pocos meses después entró en vigor una ley semejante en Bélgica.

La primera legislación permisiva del suicidio médicamente asistido que llegó a aplicarse a los enfermos fue la del Territorio Norte de Australia en 1995. Aunque en



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

1997 esa legislación fue anulada por el Gobierno Federal de aquel país.

En el estado de Oregón, se autorizó en 1997 el suicidio médicamente asistido de los enfermos en fase terminal, despenalizando la receta médica de fármacos letales en ciertas situaciones. Se requería que dos médicos certificasen que la muerte del paciente era esperable antes de seis meses. Y se exigía que los pacientes fueran competentes para decidir, lo solicitaran por dos veces consecutivas separadas al menos quince días, y esperaran otras 48 horas. Y el Tribunal Supremo de los Estados Unidos dictaminó en

1997 que, “aunque no existe un derecho constitucional a la eutanasia, los estados pueden legislar tanto la prohibición como la aceptación del suicidio médicamente asistido”.

En España, el Código Penal de 1995 suavizó las penas por asistencia al suicidio asistido y eutanasia. Pero su artículo 143 mantiene que:

1. El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
2. Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
3. Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegara hasta el punto de ejecutar la muerte.
4. El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

Y en sus artículos 195 y 196 se tipifica la omisión del deber de socorro: “Profesional que deniega asistencia o abandona a su enfermo cuando de ello se derive riesgo grave (ej. tras intento de suicidio)”, se derivará una multa de hasta 12 meses e inhabilitación entre 6 meses y 3 años.

En Ecuador, el suicidio asistido y la eutanasia son ilegales.



Curso introductorio de bioética para profesionales de salud - 2014

Deontología profesional sobre eutanasia

Las normas que se ha dado a sí misma la profesión médica a lo largo de la historia, han sido hasta ahora contrarias a la eutanasia.

Ya en el Juramento Hipocrático se decía: *“No daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pidan, ni sugeriré un tal uso”*.

Y los sucesivos códigos deontológicos de los colegios de médicos han insistido siempre en considerar la eutanasia contraria a la ética médica.

El último código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial española, aprobado en 2011, acepta ya la “sedación en la agonía” sólo cuando existen síntomas refractarios. Pero en su artículo 36-3 señala al respecto de la eutanasia: *“El médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste.”*

Podemos preguntarnos, sin embargo, si en estos temas es necesario mantener una posición colegiada uniforme para toda la profesión médica.

Es innegable que la profesión médica debe establecer niveles de excelencia y directrices éticas para la práctica. Pero también es cierto que no debe imponer sus propios ideales éticos en una sociedad pluralista. Y debe procurar que se realicen al máximo, en la medida de lo posible, los distintos ideales morales que puedan existir en esa sociedad.

